

放射線業務従事者登録申請書

年 月 日

施設長 殿

所 属
職 名
フリガナ
氏 名
生 年 月 日

印
男・女

旭川医科大学放射線障害予防規程第15条に規定する放射線業務従事者として許可下さるよう下記のとおり申請します。

記

申請区分	1. 新規		2. 再登録	
施設使用	教育研究推進センター放射性同位元素研究施設			
主な業務内容				
使用開始時期	年 月 日から			
使用回数	常時、 週()回、 月()回			
放射線業務の経歴	事業所(病院、研究所等)	業務内容・使用核種	放射線業務に従事した期間	実効線量
			年 月 日～ 年 月 日	mSv
			年 月 日～ 年 月 日	mSv
			年 月 日～ 年 月 日	mSv
			年 月 日～ 年 月 日	mSv
			年 月 日～ 年 月 日	mSv
			年 月 日～ 年 月 日	mSv
	合 計			年 か月
他事業所での教育訓練受講の有無(証明書添付)			1. 有	2. 無
健康診断(末しょう血一般)の有無(写し添付)①			1. 有	2. 無
備考				

※被ばくの測定をしていなかった場合は、実効線量の欄に不明と記入して下さい。

① 1年以内に限る。

所属長
印

許可番号 _____

除外
被ばく線量限度
適用
申請書

※女子にあつて、線量限度の適用を必要としない場合は、除外欄に丸を付け提出すること。

施設長 殿

私は、 年 月 日より、放射線を放出する同位元素の数量等を定める件(平成12年科学技術庁告示第5号)第5条第3号に定める線量限度の適用を必要としないので本書面をもって申請します。

なお、再び線量限度の適用を必要とする場合には、直ちに本書面を撤回します。

年 月 日

氏 名

印

(注意事項)

- ①この書面の除外欄に丸を記して提出することによって、あなたは5mSv/3月の線量限度が適用されなくなります。あなたの線量限度は、100mSv/5年かつ50mSv/年となります。
- ②この書面を提出する前に、十分な説明を受けて下さい。
- ③この書面に施設長の受理印を受けたものの写しを保管して下さい。
- ④この書面の撤回は、同書面の適用に丸を記して提出して下さい。

本書面を確かに受理いたしました。

年 月 日

旭川医科大学 放射性同位元素研究施設

施設長

印

放射線業務従事者登録取消届

年 月 日

施設長 殿

所 属

職 名

氏 名

印

下記のとおり放射線業務従事者の登録取消を届け出ます。

記

取 消 年 月 日	年 月 日
理由(該当するものを○で囲む。)	1. 退職 2. 修了 3. 停止 4. 配置換 5. その他()
転 出 先	(事業所名) (TEL) (所在地) 〒

所属長

印

許可番号 _____

自主点検評価表(12回/年)

点検年月日		点検実施者	㊟
施設長	㊟	放射線取扱主任者	㊟
安全管理責任者	㊟	施設管理責任者	㊟

点検項目	点検細目等	適・不適	措置内容又は講ずる予定
1. 共通事項 3) しゃへい等	①人が常時立ち入る場所の線量		
	③事業所の境界		
	④周囲の状況		
4)管理区域	①管理区域の境界における線量		
2. 非密封 汚染検査室	①更衣設備の状況		
	②除染器材の状況		
	③放射線測定器の状況		
3) 作業室	①フードの面速、負圧の状況		
4) 貯蔵室	①貯蔵能力		
	②核種、数量の状況		
その他			

自主点検評価表(2回/年)

点検年月日		点検実施者	印
施設長	印	放射線取扱主任者	印
安全管理責任者	印	施設管理責任者	印

点検項目	点検細目等	適・不適	措置内容又は講ずる予定
1. 共通事項 3)しゃへい等	①人が常時立ち入る場所の線量		
	②管理区域の境界		
	③事業所の境界		
	④事業所内の人の居住区域		
4)管理区域	①管理区域の設定状況		
	②柵の状況、扉の状態等		
	③標識等、注意事項掲示の状況		
2. 非密封 1)下足室	①設備位置の状況		
	②専用スリッパ数等		
	③作業衣の状況		
2)汚染検査室	①床・壁等の構造		
	②洗浄設備の状況		
	③標識等		
3)作業室	①床・壁等の構造		
	②フードの状況		
	③流し等の状態、漏水等の状況		
	④室内の吸気の流れ		
	⑤標識等の状況		

4)貯蔵室	①注意事項の掲示状況		
	②標識等の状況		
5)排気設備	①排気ダクトの破損、漏れ等		
	②ダンパの設置、作動状況		
	③排気口の状況		
	④標識等の状況		
6)排水設備	①各バルブ作動状況		
	②希釈水の流入、漏れ等確認		
	③排水管の状況		
	④標識等の状況		
7)保管廃棄設備	①保管廃棄容器の状況		
	②注意事項の掲示状況		
	③標識等の状況		
8)有機廃液焼却炉	①装置の状況		
	②標識等の状況		
3. 密封 1)使用室	①自動表示装置の状況		
	②線源の格納状態		
	③扉のインターロックの作動、各ランプの状況		
	④標識等の状況		
2)貯蔵施設	①標識等の状況		
その他			

自主点検評価表(1回/年)

点検年月日		点検実施者	Ⓜ
施設長	Ⓜ	放射線取扱主任者	Ⓜ
安全管理責任者	Ⓜ	施設管理責任者	Ⓜ

点検項目	点検細目等	適・不適	措置内容又は講ずる予定
1. 共通事項 1)施設の位置等	①位置		
	②地崩れのおそれ		
	③浸水のおそれ		
	④周囲の状況		
2)主要構造部等	①使用施設(耐火構造又は不燃材料)		
	②廃棄施設(耐火構造又は不燃材料)		
	③貯蔵施設(耐火構造)		
2. 非密封 2)汚染検査室	①設置位置等		
	②表面材料		
3)作業室	①表面材料		
4)貯蔵室	①開口部(扉)		
	②防火ダンパ		
	③遮へい物の状況		
	④貯蔵容器(種類、個数等)		
5)排気設備	①排風機台数、性能、作動状況		
	②排気浄化装置(フィルター等の状況)		
6)排水設備	①排水浄化槽個数、容量等		
7)保管廃棄設備	①設置位置等		
	②閉鎖設備		
8)有機廃液焼却炉	①設置位置等		
	②装置の状況		
3. 密封 2)貯蔵容器	①容器の耐火性		
	②施錠等		
その他			

年 月 日

安全管理責任者 殿

年度 自主点検報告書

放射線施設の点検結果を、以下の通り報告致します。

報告者氏名	安全管理担当者 ⑨
直近の点検年月日	年 月 日
点検結果	
備考・措置等 (点検の結果が否の場合、 講じた措置又は講ずる予定等を記入すること。)	

非密封放射性同位元素保管・使用・廃棄記録簿

核種		受入れ量		製品名			製品番号	製造番号	検定日時	有効期限	RI管理番号	
1日最大使用数量		半減期	個口	放射能濃度	比放射能	保管者氏名	保管場所	保管方法	保管期間	所 属		購入者氏名
入庫年月日		使用目的		使用方法	廃棄方法		廃棄場所					備考
		医学、生物学、化学及び物理学の実験		トレーサー実験	保管廃棄		廃棄物一時保管室			廃棄物一時保管庫		
使用年月日	使用者氏名	使用数量	残量	使用場所	廃棄年月日	廃棄者氏名	可燃物	難燃物	不燃物	動物	無機液体	有機液体
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	KBq	KBq	KBq
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	匹	ml	ml
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	KBq	KBq	KBq
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	匹	ml	ml
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	KBq	KBq	KBq
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	匹	ml	ml
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	KBq	KBq	KBq
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	匹	ml	ml
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	KBq	KBq	KBq
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	匹	ml	ml
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	KBq	KBq	KBq
		KBq	KBq				KBq	KBq	KBq	匹	ml	ml

※1 動物飼育室(動物飼育時)及び恒温室、低温室 I、II でのアイントープの使用には制限があります。

放射線取扱主任者 (印) 安全管理担当者 (印)

※2 使用場所 場所1 生化学実験室、組織実験室、組織培養室、細菌培養室、生物実験室、測定室 I、測定室 II、分析機器室、薬品庫天秤室、暗室 I、遠心機室、動物飼育室、手術室
 場所2 動物飼育室(動物飼育時) 場所3 低温室 I 場所4 低温室 II 場所5 恒温室

別記様式第7

密封線源装備機器の受入・保管・廃棄・払出・運搬記録簿

機 器 の 名 称		機器製造業者		
機 器 型 式 番 号		計 器 番 号		
放射性同位元素の 種 類		一個当りの 数 量		
個 数		総 数 量		
放射性同位元素の 性状及び密封の状態		線 源 番 号		
受 入 れ 先		受入の年月日		
保 管 <table border="1" style="width: 100px; height: 50px;"> <tr> <td style="width: 50%;">放射線取扱主任者</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">㊞</td> </tr> </table>	放射線取扱主任者	㊞	開始年月日	年 月 日
	放射線取扱主任者	㊞		
	終了年月日	年 月 日		
	方 法			
	場 所			
従事する者の氏名				
廃棄・払出し <table border="1" style="width: 100px; height: 50px;"> <tr> <td style="width: 50%;">放射線取扱主任者</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">㊞</td> </tr> </table>	放射線取扱主任者	㊞	年 月 日	年 月 日
	放射線取扱主任者	㊞		
	数 量			
	払 出 し 先			
従事する者の氏名				
運 搬 <table border="1" style="width: 100px; height: 50px;"> <tr> <td style="width: 50%;">放射線取扱主任者</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">㊞</td> </tr> </table>	放射線取扱主任者	㊞	年 月 日	年 月 日
	放射線取扱主任者	㊞		
	運 搬 の 方 法			
	輸 送 の 区 分			
	輸 送 人			
	荷 受 人			
	委託された者の氏名			
従事する者の氏名				
記 事				

非密封放射性同位元素譲渡書

(受取)事業所名 _____

責任者名 _____

放射線取扱主任者名 _____

(発送)事業所名 _____

責任者名 _____ (印)

放射線取扱主任者名 _____ (印)

下記の放射性同位元素を _____ 年 _____ 月 _____ 日譲渡いたしましたので通知します。

記

譲渡者	所属		
	氏名	(印)	
核種		核種	
製品名及び化学形		製品名及び化学形	
数量	Bq× 個 計 Bq	数量	Bq× 個 計 Bq
備考			

非密封放射性同位元素譲受書

(受取)事業所名 _____

責任者名 _____ (印)

放射線取扱主任者名 _____ (印)

(発送)事業所名 _____

責任者名 _____

放射線取扱主任者名 _____

下記の放射性同位元素を 年 月 日譲受いたしましたので通知します。

記

譲受者	所属		
	氏名	(印)	
核種		核種	
製品名及び 化学形		製品名及び 化学形	
数量	Bq× 個 計 Bq	数量	Bq× 個 計 Bq
備考			

別記様式第11

排水記録簿

							放射線取扱主任者 ㊞	
サンプリング年月日	年 月 日						測定者名 ㊞	
サンプリング槽名	第1貯留槽	第2貯留槽	第3貯留槽	希 積 槽				
測定年月日	年 月 日							
測定器の種類								
核 種								
正味計数率(cpm)								
濃 度 (Bq/cm ³)								
許容濃度との比								
濃 度 比 の 和								
排 水 方 法								
排 水 量 (m ³)								
排 水 日	年 月 日							
記 事								

実効線量及び等価線量算定記録簿

所 属		氏 名		性別	生 年 月 日		測 定 部 位		測定器の種類・形式	許可番号
測定期間	算定年月日	算定者氏名	実効線量 (mSv)			等価線量 (mSv)			備 考	
			外部被ばく	内部被ばく	合 計	水晶体	皮膚	その他の組織		
年間実効線量合計										
年間実効線量合計										
年間実効線量合計										
年間実効線量合計										
年間実効線量合計										

放射線業務従事者教育・訓練の記録簿

年度			放射線取扱主任者 ㊟				施設長 ㊟		
受講者		受講年月日及び場所	講習項目			その他	講習の区分	作業区分	備考
番号	氏名	年月日 場所	(1)	(2)	(3)	(4)			
							新規 再度 特別		
							新規 再度 特別		
							新規 再度 特別		
							新規 再度 特別		
							新規 再度 特別		
							新規 再度 特別		
							新規 再度 特別		
							新規 再度 特別		
							新規 再度 特別		
							新規 再度 特別		
講師									

(1)放射線の人体に与える影響 (2)放射性同位元素の安全取扱い (3)RI規制法及び放射線障害予防規定 (4)その他放射線障害防止に関して必要な事項

健康診断個人記録簿

所 属		医学部・病院			許 可 番 号	
氏 名		性 別	男・女	生 年 月 日	登 録 年 月 日	
放射線業務経歴(他の事業所におけるものを含む)	期 間	年 月 日から	年 月 日から	年 月 日から	①前回の健康診断までの実効線量	
	業 務 名	年 月 日まで	年 月 日まで	年 月 日まで	mSv (mSv)	
② 被 ば く 歴 の 有 無						
③ 判 定 と 処 置						
健 康 診 断 年 月 日						
現 在 の 業 務 名						
被 ば く 線 量 測 定 期 間						
前回の健康診断後に受けた線量	実効線量	外部被ばくによるもの (mSv) (事故等によるものを除く。)				
		内部被ばくによるもの (mSv) (事故等によるものを除く。)				
		④事故等によるもの (mSv 計 (mSv)				
	等価線量	眼の水晶体 事故等によるものを除く(mSv)				
		⑤ 事故等によるもの (mSv 計 (mSv)				
		皮膚 事故等によるものを除く(mSv)				
⑤ 事故等によるもの (mSv 計 (mSv)						
血液	白血球数 (個 / mm ³)					
	白血球百分率	リンパ球 (L) (%)				
		単球 (M) (%)				
		好中球 (N) (%)				
		桿状核 (St) (%)				
		分葉核 (Seg) (%)				
		好酸球 (E) (%)				
	好塩基球 (B) (%)					
	赤血球数 (万個 / mm ³)					
	血色素量 (g / dl)					
ヘマトクリット値 (%)						
そ の 他						
眼	水晶体の混濁 (有無)					
皮膚	発赤 (有無)					
	乾燥又は縦じわ (有無)					
	潰瘍 (有無)					
	爪の異常 (有無)					
そ の 他 の 検 査						
全 身 的 所 見						
自 覚 的 訴 え						
参 考 事 項						
⑥ 医 師 の 診 断						
健康診断を実施した医師の氏名 [㊤]						
⑦ 医 師 の 意 見						
意見を述べた医師の氏名 [㊤]						

備考

- ①の欄は、平成13年4月1日以降の実効線量の合計を記入すること。また同欄の()内には平成13年3月31日以前の集積線量を記入すること。
- ②の欄は、被ばく歴を有する者については、作業の場所、内容及び期間、放射線障害の有無その他放射線による被ばくに関する事項を記入すること。
- ③の欄は、本票記載の健康診断又は検査までの期間に採られた放射線に関する医学的措置及び就業上の措置について記入すること。
- ④の欄は、(1)事故、(2)緊急作業への従事、(3)放射性物質の摂取、(4)傷創部の汚染及び(5)別表に掲げる限度の10分の1以下にすることが困難な身体の汚染によって受けた実効線量又は推定量(受けた実効線量を推定することも困難な場合には、被ばくの原因)を記入すること。
- ⑤の欄は、(1)事故、(2)緊急作業への従事及び(5)別表に掲げる限度の10分の1以下にすることが困難な身体の汚染によって受けた等価線量又は推定量(受けた等価線量を推定することも困難な場合には、被ばくの原因)を記入すること。
- ⑥の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記録すること。
- ⑦の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。

問 診 票

記入年月日	年	月	日	所属	氏名	㊞
-------	---	---	---	----	----	---

次の項目のうち、該当するものの番号を○で囲んで下さい。

I. 過去の放射線被ばく歴の有無 (I MeV未満のエネルギーを有する電子線及びX線を含む。)

1. 有 (こちらに○を付けた方は、必ず被ばく線量の記録の写しを添付すること。)
2. 無

II. 放射線業務内容(その他の場合は、内容を具体的に記入すること。)

1. 実験・研究 2. 診療・治療 3. 管理
4. その他

III. 過去の放射線業務期間((管理区域入域日数/年)

1. >250日 2. 250~150日 3. 150~50日 4. <50日

IV. 現在の身体の状態(放射線作業をしたうえで感じる症状について記入してください。)

全身慢性症状	<ol style="list-style-type: none"> 1. 疲れやすい 2. 熱が出やすい 3. 顔色が悪くなった 4. 抵抗力が無くなった 5. めまいや立ちくらみがする 6. どうきや息切れがする 	眼 の 症 状	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目の前に蚊が飛んでいるように見え始めた 2. 視力が衰えてメガネをかけても治らない 3. 異常なし
	当日の症状	<ol style="list-style-type: none"> 7. 出血しやすい 8. 化膿しやすい 9. 食欲がない 10. 異常なし 	皮 膚 の 症 状

V. 上記の症状以外に、眼、皮膚等に異常があれば具体的に記入して下さい。

※健康管理医の判定

異常なし ・ 異常あり

健康 管 理 医 氏 名 ㊞

放射線取扱主任者氏名 ㊞

災 害 時 に お け る 点 検 表

点検年月日	年 月 日	点検実施者	㊟
施 設 長	㊟	放射線取扱主任者	㊟
安全管理責任者	㊟	施設管理責任者	㊟

点 検 項 目	点 検 細 目 等	適・不適	措置内容又は講ずる予定
1 共通事項	①遮へい物の破損、欠落等の状況		
	3)しゃへい等		
4)管理区域	①柵の状態、扉の状況		
	②標識、注意事項掲示等の状況		
2 非密封	①放射線測定器の状況		
	2)汚染検査室		
3)作業室	①室内の空気の流れ、及びフードの状況		
	②流し等の状態、漏水等の状況		
	③標識等の状況		
4)貯蔵室	①貯蔵容器の状況		
	②標識、注意事項掲示等の状況		
5)排気設備	①排気ダクトの破損、漏れ等の状況		
	②ダンパの作動状況		
	③標識等の状況		
	④排気口の状況		
6)排水設備	①各バルブの作動状況		
	②貯留槽、希釈槽の状況		
	③排水管の状況		
	④標識等の状況		
7)保管廃棄設備	①保管廃棄容器の状況		
	②標識、注意事項掲示等の状況		
8)有機廃液焼却炉	①装置の状況		
	②標識等の状況		
3 密 封	①自動表示装置の状況		
	1)使用室		
	③インターロックの作動状況		
	④標識等の状況		
2)貯蔵容器	①標識等の状況		
そ の 他			